N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DES GAINES TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1909

PAR

Jacques NONY

Né à Bénisaf (Algérie), le 18 juillet 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻)
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
VIALLETON, *professeur.* | GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES REVERDIN

Respectueux hommage.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. NONY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

J. NONY.

Avant de penser aux soucis de demain, je veux vivre un instant avec ceux que j'aime.

Ma première pensée de reconnaissance va tout naturellement vers celui qui, depuis mon enfance, s'est efforcé de m'éviter les épines de la route, qui a toujours été pour moi un guide sûr, un confident cher et le plus affectueux des pères. Il sait, ainsi que ma mère, ma profonde affection, et je ne l'amoindrirai pas par de vaines paroles.

Ce n'est point le sujet de ma thèse qui m'a guidé dans le choix de mes juges. En leur demandant de vouloir bien siéger pour moi, j'ai voulu leur exprimer un peu de ma reconnaissance et ma respectueuse sympathie. C'est dans le service de M. le professeur Forgue que je me suis intéressé au sujet que je traite aujourd'hui, et je le remercie d'avoir bien voulu accepter la présidence de ma thèse.

En sollicitant le concours de M. le professeur Vialleton, j'ai voulu rendre hommage au savant, aussi bon que modeste, dont je n'oublierai jamais les magistrales leçons.

J'adresse l'expression de ma vive gratitude à M. le professeur Jeanbrau, qui a bien voulu me témoigner de l'intérêt en maintes circonstances.

A M. le professeur Grynfeltt, surtout, je veux exprimer ici toute ma reconnaissance. J'ai bien souvent frappé à la porte de son laboratoire ; j'y ai toujours reçu le même accueil bienveillant, sincère et affectueux.

Que M. le docteur Malbois, qui n'a cessé d'être pour moi, depuis le début de mes études médicales, un conseil-

ler et un ami, me permette de lui adresser l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

Dans l'élaboration de cette thèse, M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale, a bien voulu me guider de ses conseils ; je l'en remercie bien sincèrement.

Enfin, à mes vrais amis, à ceux des bonnes et des mauvaises heures, toujours trop rares, malheureusement, je veux dire, encore une fois, puisque la vie va nous éparpiller, toute mon affection. Je sais comme eux que les distances qui nous sépareront ne sauront toucher à notre vieille amitié et qu'il m'est permis de compter sur eux, demain comme aujourd'hui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DES GAINES TENDINEUSES

INTRODUCTION

La question du sarcome des gaines tendineuses est un chapitre de pathologie qui présente encore bien des complexités. On a l'habitude, en effet, depuis les travaux de Heurtaux et Malherbe, d'admettre que la forme la plus habituelle des sarcomes des gaines est représentée par le type que ces auteurs ont décrit sous le nom de myélome.

Les myélomes mis à part, c'est à peine si, dans les traités classiques, même les plus récents, il est fait mention des autres variétés de sarcomes.

Or, il paraît aujourd'hui démontré que les myélomes de Heurtaux et Malherbe ne doivent point rentrer dans la classe des sarcomes. Ils s'en distinguent, en effet, d'une part, au point de vue anatomique, d'autre part au point de vue clinique.

I. — Au point de vue anatomique, trois points nous paraissent fondamentaux :

1° Leur tissu fondamental est constitué non point par des cellules conjonctives de type embryonnaire en voie de prolifération très active, comme les cellules qui constituent les sarcomes, mais par du tissu conjonctif adulte avec des fibres, des cellules étoilées et fusiformes.

2° Leurs vaisseaux ne sont point des vaisseaux à parois embryonnaires comme ceux des sarcomes, mais des vaisseaux à parois épaisses atteintes d'endopérivascularite et semblables à ceux que l'on trouve dans les processus inflammatoires.

3° Les cellules géantes multinucléées qui constituent les éléments essentiels de ces tumeurs et qui leur ont valu la dénomination de myélomes, ne peuvent point être assimilées à des myéloplaxes de la moelle normale : elles n'en ont point les caractères histologiques précis. Ce sont des cellules géantes dont l'aspect ne diffère pas de celui des cellules géantes que l'on rencontre dans les processus inflammatoires (cellules géantes des granulomes tuberculeux, syphilitiques, actynomicosiques ou sporotrychosiques).

Aussi, en raison de ces trois caractères anatomiques fondamentaux, il est indispensable de séparer ces myélomes des tumeurs sarcomateuses et de les classer dans un groupe histologique d'attente voisin du groupe des processus inflammatoires chroniques dans lequel ces tumeurs rentreront peut-être un jour.

II. — Au point de vue clinique également, cette distinction est légitime : les myélomes sont des tumeurs bénignes qui n'infectent pas gravement l'organisme, qui ne récidivent pas après ablation. Pour toutes ces raisons, nous laisserons complètement de côté la question des myélomes des gaines tendineuses et de leur nature. Nous nous borne-

rons à faire l'étude jusqu'ici complètement délaissée des sarcomes vrais de ces gaines.

Ces tumeurs sont rares. Nous pensons avoir réuni la presque totalité des observations publiées et c'est en nous basant sur elles que nous tâcherons de faire une description d'ensemble anatomique et clinique de ces tumeurs.

Nous avons pris comme point de départ de ce travail une observation de sarcome alvéolaire des gaines tendineuses que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Forgue et que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale.

HISTORIQUE

C'est en 1876 qu'Eichhorst, dans sa thèse inaugurale, publia les premières observations de sarcomes vrais des gaines tendineuses.

En 1884, Markoe, dans le *New-York Medical,* en signalait également trois cas, dont deux observés et traités par lui-même, cinq et quatre ans auparavant, à l'hôpital de New-York.

La troisième observation ne lui était point personnelle et lui avait été signalée à la suite de sa communication. La même année, Blum, dans son ouvrage sur la chirurgie du pied, mentionnait une observation personnelle. En 1885, Denucé, dans le bulletin de la Société anatomique, présente un sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius. De 1885 à 1895, nous n'avons, malgré nos recherches, trouvé aucune publication sur la question.

Nous avons noté dans le Bulletin de la Société de chirurgie de 1895 un cas dû à Broca, et dans les Archives de médecine expérimentale de la même année une observation publiée par Longuet et Landel.

Enfin, dans le Bulletin de la Société anatomique de ces dernières années, nous trouvons trois cas de sarcomes à

myéloplaxes : un premier cas signalé par Degorce en 1901, un second par Malapert et Morichau-Beauchant en 1905 ; le troisième dû à Bazy, date de 1907.

Ces différentes observations sont reproduites dans notre thèse.

ETIOLOGIE

Nous retrouvons ici la même incertitude qui règne au sujet de l'étiologie des néoplasies en général.

Il serait en dehors de notre sujet d'exposer les nombreuses théories qui ont été émises et le cadre de notre travail est plus restreint.

L'examen de nos observations nous montre que le sexe ne paraît avoir aucun rôle étiologique et que hommes et femmes sont également atteints. Sur quatorze malades, en effet, sept sont des hommes, sept sont des femmes. Ainsi que cela s'observe le plus souvent dans les sarcomes, les malades atteints sont des malades jeunes. La plupart de ceux dont nous avons réuni les observations n'ont pas 30 ans.

Il nous a été impossible de passer en revue leurs antécédents héréditaires, ces renseignements n'ayant généralement pas été notés. La plupart ne présentent point d'antécédents personnels, mais une chose nous a frappé, c'est la fréquence du traumatisme.

Tantôt il s'agit d'une malade qui s'est foulé la cheville, comme dans le premier cas de Markoe, et qui voit peu après apparaître une tumeur au-dessous de la malléole interne. A l'opération, on trouve un sarcome fuso-cellulaire de la gaine synoviale des fléchisseurs du pied. Il s'agit encore d'une entorse dans l'observation de Longuet et Lan-

del. Dans celle de Dénucé, l'étiologie traumatique semble presque s'imposer : c'est un jeune soldat qui reçoit un coup de règle sur le tendon extenseur du médius et qui, huit jours après, constate en ce point la présence d'une tumeur de la grosseur d'une lentille. Il s'agit d'un sarcome alvéolaire de la gaine du tendon extenseur du médius.

Deux des malades de Eichhorst semblent nous offrir une étiologie presque identique. Chez l'une, il s'agit d'un clou ayant pénétré dans la plante du pied et ayant provoqué une tumeur qui englobait le tendon du long extenseur du gros orteil ; chez l'autre, c'est un sarcome fasciculé partant du tendon du tibial antérieur, apparu après écrasement du pied.

Enfin, dans une dernière observation de Eichhorst, le traumatisme signalé par la malade n'a pas précédé la tumeur, mais a provoqué son augmentation rapide alors qu'elle semblait stationnaire depuis longtemps.

Comme on le voit, la théorie de l'origine traumatique semble bien séduisante, et si, comme on l'admet généralement aujourd'hui, le traumatisme n'est pas cause unique et primordiale de la néoplasie, son influence sur la production et sur l'évolution de la tumeur paraît évidente et incontestable.

Nous conclurons donc avec Segond, dont nous reproduisons les paroles à la séance du 11 octobre 1907 du Congrès de chirurgie dans son rapport sur le cancer et les accidents du travail : « Il faut reconnaître que jusqu'ici l'observation probante, le fait impeccable démontrant, sans discussion possible, qu'un traumatisme peut être la cause déterminante avérée d'un cancer n'existe pas. Et cependant, il est non moins certain que nombre de faits sérieusement observés donnent si nettement la preuve tout au

moins chronologique qu'une « violence extérieure et sou-
» daine » peut servir de prétexte à l'éclosion d'une tumeur maligne qu'on est en quelque sorte contraint de concéder au traumatisme la valeur d'une cause, non pas déterminante, mais certainement occasionnelle. »

SYMPTOMATOLOGIE

Le premier symptôme en date est la tumeur. Celle-ci forme le plus souvent une masse unique ; néanmoins parfois, elle peut être composée de plusieurs lobes. Il en était ainsi dans le cas de Longuet et Landel, où elle présentait deux centres de formation absolument distincts : l'un à la face interne, l'autre à la face externe du pied.

Le néoplasme peut aussi bien siéger au niveau des gaines du pied que de celles de la main. (6 cas sur 14 dans notre statistique siégeaient au niveau du membre supérieur, 8 au niveau du membre inférieur.) Les gaines des fléchisseurs semblent plus fréquemment atteintes que celles des extenseurs (nous notons, en effet, 9 cas intéressant les gaines des fléchisseurs, 5 cas celles des extenseurs).

Les dimensions de cette néoformation, d'abord comparables à celles d'une noisette, acquièrent plus tard le volume d'une noix, d'un œuf, quelquefois même d'une grosse orange ou du poing. C'est ainsi que si nous prenons les deux cas extrêmes de notre statistique, nous voyons cette tumeur comparée à une petite noisette dans l'observation de Degorce et au volume du poing dans celle de Blum.

La consistance est dure, ferme, élastique. Une sensation de fausse fluctuation peut être perçue dans certains cas, mais il s'agit alors d'une tumeur primitivement solide et actuellement en voie de dégénérescence.

A la main et au pied, les mouvements des doigts demeu-

rent ordinairement libres, ce qui prouve l'intégrité des tendons ; on peut néanmoins observer une certaine gêne dans l'amplitude, due au grand développement de la tumeur. Quelquefois aussi l'adhérence de la tumeur au tendon et son infiltration dans le tissu tendineux sont telles, qu'il existe un certain degré de rétraction tendineuse. Il en était ainsi dans notre observation, où il était impossible de réaliser l'extension complète active ou passive des doigts et où, dans l'extension forcée, la main restait fixée en forme de cuillère.

Si l'on s'efforce de mobiliser cette tumeur, on voit qu'elle ne contracte aucune adhérence avec la peau qui glisse facilement à sa surface, mais qu'elle est souvent plus ou moins fixée dans la profondeur et immobile dans le sens transversal et surtout dans le sens vertical.

La coloration des téguments est normale, rarement un peu rouge. Les ganglions sont indemnes dans toutes les observations. On ne constate ni amaigrissement ni troubles fonctionnels ; l'état général du sujet demeure bon.

Un des symptômes les plus constants est la douleur. Elle faisait néanmoins défaut chez les malades de Malapert et Morichau-Beauchant et de Longuet et Landel. Elle est souvent précoce et apparaît même quelquefois alors que la tumeur est à peine perceptible. Elle est, d'autres fois, plus tardive, mais fait rarement complètement défaut. C'est une douleur vive, térébrante, parfois intolérable et s'irradiant souvent le long du trajet de la gaine tendineuse, dans l'avant-bras, l'épaule ou la jambe. La pression, la marche, la provoquent ou l'exaspèrent. C'est elle qui quelquefois détermine le malade à recourir à une intervention comme dans l'un des cas de Markoe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Trois catégories de sarcomes sont représentées dans les observations que nous avons réunies.

Les cas de Markoe, Blum, Eichhorst, Broca, sont des sarcomes fuso-cellulaires ; ceux de Longuet et Landel. Bazy, Degorce, Malapert et Morichau-Beauchant, sont des sarcomes à myéloplaxes ; enfin, le cas de Denucé est un sarcome alvéolaire. C'est aussi à un sarcome alvéolaire que nous avions affaire dans notre observation.

I. *Sarcomes fuso-cellulaires.* — Ils peuvent être à grandes ou à petites cellules fusiformes. Sur les coupes, on aperçoit soit des sections transversales possédant un noyau à leur intérieur, soit des cellules entières de forme allongée, selon que les faisceaux ont été sectionnés en long ou en travers.

Ces tumeurs ont l'aspect du lard, avec teinte légèrement gris rosé. Elles ont une consistance particulièrement ferme, les cellules chevauchant les unes sur les autres et formant une sorte de feutrage. Ces cellules sont de dimensions à peu près égales. Dans les tumeurs à grandes cellules fusiformes, ces dernières sont parfois légèrement bosselées ; mais les sarcomes formés uniquement de grandes cellules sont assez rares. Les noyaux sont ovoïdes. On rencontre assez souvent des figures de karyokinèse.

II. *Sarcomes à myéloplaxes.* — Les cellules dont se compose la tumeur sont de forme variable. On en trouve de fusiformes, de polygonales, toutes disposées sans ordre dans un tissu interstitiel de nature fibreuse. Leur caractéristique est de posséder deux, trois noyaux et davantage. A côté de ces cellules se voient des cellules géantes à noyaux plus nombreux encore, disséminés dans toute la masse. Les vaisseaux sont considérablement augmentés.

III. *Sarcomes alvéolaires.* — Encore dénommés sarcomes de Billroth. Ils nous présentent au milieu d'un tissu conjonctif très dense, des alvéoles étroites, contenant des cellules de formes variables et nettement séparées les unes des autres. Le noyau occupe parfois le centre, plus souvent la périphérie de l'élément. Dans certains cas, ces cellules hautes et polygonales s'implantent sur la paroi alvéolaire par un véritable pied et se disposent sur un ou plusieurs rangs, reproduisant l'aspect de l'endothéliome.

D'autres fois, de grosses cellules arrondies ou polygonales occupent de larges alvéoles limitées par des travées conjonctives très minces et c'est là le véritable type de structure du sarcome alvéolaire.

DIAGNOSTIC

Le sarcome des gaines tendineuses est une affection grave, dont le diagnostic présente de grosses difficultés, notamment dans les formes où la tumeur, pas très volumineuse, présente quelques points de dégénérescence kystique et donne à la palpation une sensation de mollesse et même de fluctuation partielle. Il existe certaines affections avec lesquelles le diagnostic est intéressant. Il est tout d'abord nécessaire d'établir que la néoformation siège bien dans la gaine des tendons et il faut avoir soin, notamment au niveau de la face dorsale du poignet et du dos du pied, d'écarter la possibilité d'un kyste arthrovial.

Tout d'abord, un des éléments de ce diagnostic est, nous le répétons, le siège de la tumeur. C'est au cou de pied, à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, à la face dorsale du poignet, sur la ligne qui réunit les deux apophyses styloïdes qu'est le lieu d'élection des kystes arthro-synoviaux, mais ce point de diagnostic différentiel n'a qu'une valeur relative, car nous pouvons rencontrer, quoiqu'avec moins de fréquence, un sarcome des gaines en ces mêmes points.

D'autre part, la consistance du kyste est parfois tellement dure, qu'on a pu prendre un kyste synovial pour une tumeur pleine ; mais contrairement à ce qui se passe dans le sarcome, nous notons l'absence complète de douleurs.

Enfin, si dans un kyste synovial du poignet, par exemple, nous faisons fléchir la main au malade, la tumeur s'accentue ; elle disparaît en partie, lorsqu'on reporte la main en extension. Il n'en est pas de même pour un sarcome.

Une question peut encore se poser : la tumeur n'a-t-elle point une origine osseuse ? Il est, en effet, permis de penser à un sarcome périostique ayant infiltré la gaine. Le principal élément de diagnostic dans ce cas est fourni par la palpation. Un sarcome d'origine osseuse adhère intimement au squelette et ne peut être mobilisé en aucun sens ; de plus, il est quelquefois possible de percevoir une certaine crépitation osseuse.

L'origine tendineuse étant démontrée, il s'agit maintenant de préciser à quelle affection des gaines on a affaire.

Une difficulté est fournie par certaines synovites tuberculeuses, notamment par certaines synovites à grains riziformes, qui constituent une poche assez mince, renfermant un liquide épais et sous très forte tension et qui peuvent en imposer au premier abord pour une tumeur solide.

Il est certain que dans une synovite à grains riziformes des gaines du pied ou de la main, la poche a une forme en bissac et l'on peut facilement refouler d'une partie de la poche dans l'autre le contenu liquide qui produit en passant dans la zone intermédiaire rétrécie le bruit de chaînon caractéristique ; mais on peut concevoir des cas, même au niveau des gaines des fléchisseurs de la main, où cette disposition en bissac n'existe pas, où la formation kystique se localise à la portion antibrachiale de la gaine, ne présente par conséquent aucune réductibilité et, dans ces conditions, pour peu que la paroi soit un peu épaissie et irrégulière, le diagnostic peut devenir d'une très grande difficulté.

Néanmoins, il faut dire que, quelle que soit la tension

du contenu d'une synovite à grains riziformes, la masse peut avoir une consistance ferme et élastique, mais n'a jamais la consistance ferme et dure d'une tumeur solide sarcomateuse. Cette consistance dure existait dans notre cas et c'est elle qui a permis de porter avant l'opération le diagnostic de tumeur solide des gaines tendineuses.

La possibilité d'une synovite tendineuse étant ainsi écartée, il y a encore quelques diagnostics auxquels on doit songer.

König a décrit au niveau des gaines tendineuses une affection spéciale, caractérisée par l'épaississement de la paroi de la gaine par du tissu adipeux et par la présence de végétations lipomateuses qui naissent de la face interne de cette synoviale épaissie arrivant à remplir la cavité qui se transforme ainsi en une sorte de tuméfaction plus ou moins volumineuse, qui a la consistance du lipome. Cette forme de synovite porte le nom de téno-synovite proliférante graisseuse et le professeur Poncet a démontré la nature tuberculeuse de ces néoformations graisseuses. En présence d'une tumeur des gaines, il faut penser à cette affection ; mais, outre qu'elle est exceptionnelle, la tuméfaction ainsi formée est beaucoup plus diffuse, sa consistance est tout à fait différente et elle ressemble bien plus à une synovite fongueuse hypertrophique non complètement ramollie, qu'à une tumeur vraie des gaines tendineuses.

Pas plus que la téno-synovite proliférante graisseuse, la synovite tubéreuse de Koenig ne peut créer de grosses difficultés de diagnostic.

En revanche, une difficulté de diagnostic importante est fournie par cette variété de tumeurs des gaines tendineuses connues depuis Heurtaux et Malherbe sous le non de myélome et cette difficulté ne doit point nous étonner puis-

que, en somme, malgré que les myélomes constituent un type néoplasique bien spécial et différent des sarcomes, ces deux ordres de tumeurs sont proches parents l'un de l'autre et certains auteurs ne les séparent pas encore dans la classification des tumeurs.

Cependant, il y a quelques caractères du myélome que Heurtaux a signalés et qui permettent de les différencier : les myélomes paraissent rester des tumeurs plus petites que les sarcomes, ont une consistance plus molle et surtout se localisent avec prédilection dans l'immense majorité des cas au niveau de la partie digitale des tendons fléchisseurs des doigts.

Tous les cas de Heurtaux et la presque totalité des cas de Malherbe ont trait à des tumeurs des doigts.

Néanmoins, il faut bien avouer que malgré ce caractère différentiel intéressant, la distinction clinique, lorsque le malade se présente pour être opéré est extrêmement difficile à faire ; et ce n'est que l'étude histologique qui pourra ultérieurement trancher la question.

En terminant cet exposé différentiel, nous devons mentionner que la tuberculose peut déterminer au niveau des gaines synoviales des tendons et en particulier au niveau des gaines des fléchisseurs de la main, des tumeurs solides de consistance ferme, qui n'ont aucune tendance à la caséification ou à l'ulcération et qui revêtent absolument le masque d'un myélome ou d'un sarcome des mêmes régions. C'est là une forme clinique de tuberculose hypertrophiante, dont MM. Forgue et Massabuau viennent de montrer l'existence.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le sarcome des gaines tendineuses a une évolution lente. Tantôt, le néoplasme augmente progressivement pendant des années, tantôt après avoir acquis un certain volume, il subit un temps d'arrêt, quelquefois très long, jusqu'au jour où, à la faveur d'un traumatisme, il continue son évolution.

La tumeur met le plus souvent des années à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf. L'une des malades de Eichhorst l'avait vu survenir trente ans auparavant. La tuméfaction datait de quatorze ans dans l'observation de Blum, dix ans dans celle de Markoe.

Dans plusieurs cas, c'est trois ou quatre ans après son apparition que le malade est venu réclamer une intervention capable de mettre fin à ses souffrances, mais l'état général est bon et ne fait point penser à une tumeur maligne. Dans toutes nos observations, quelle que soit l'époque tardive à laquelle se sont présentés les malades, jamais le néoplasme n'avait donné lieu à des phénomènes de métastase ou de généralisation. Malgré cela, le pronostic de l'affection est sombre. Sans parler de la nécessité fréquente d'une amputation ou d'une désarticulation, il y a des récidives. Sur quatorze malades, cinq seulement ont été revus à certaine distance. Quatre ont récidivé. Markoe signale une récidive six mois après son intervention, une

autre huit mois après. Le malade qu'opéra Denucé, après avoir subi l'ablation de sa tumeur, la vit réapparaître un mois après et dut subir la désarticulation des quatre derniers métacarpiens. Enfin, l'observation de Broca nous offre encore une récidive, après vingt mois, traitée par la désarticulation tibio-tarsienne.

A côté de ces malades, celui de Malapert et Morichau-Beauchant, revu cinq mois après l'intervention, ne présentait pas de récidive, mais il nous semble que le temps écoulé était bien court et ne permet pas une certitude, si nous nous reportons à l'opéré de Broca, qui récidiva 20 mois après.

Peut-être serions-nous obligés de noter d'autres récidives si tous les malades avaient pu être revus et suivis, mais la plupart des observations sont forcément incomplètes à ce sujet.

Le sarcome des gaines tendineuses est donc bien, malgré son aspect clinique et sa lente évolution une affection dont le pronostic est grave et doit être réservé.

TRAITEMENT

Le traitement est purement chirurgical. Tout sarcome des gaines tendineuses doit être opéré, mais l'ablation de la tumeur présente habituellement d'assez grosses difficultés.

Le néoplasme adhère quelquefois aux tendons ; il est alors nécessaire de procéder à une dissection longue et délicate. Notre cas en est un exemple. D'autres fois, on a affaire à une véritable infiltration des gaines et du tendon que l'on est obligé de sacrifier.

Enfin, en cas d'infiltration diffuse et surtout en cas de récidive, c'est à la désarticulation ou à l'amputation que l'on doit avoir recours, le sarcome des gaines tendineuses occupant, ne l'oublions pas, une des premières places parmi les tumeurs malignes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE NOS OBSERVATIONS

OBSERVATIONS	NATURE	ÉTIOLOGIE					SYMPTOMATOLOGIE									
		SIÈGE	SEXE	AGE	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	TRAUMATISME	VOLUME DE LA TUMEUR	CONSISTANCE DE LA TUMEUR	MOBILITÉ DE LA TUMEUR	DOULEURS	COLORATION DES TÉGUMENTS	ÉTAT DES GANGLIONS	ÉTAT GÉNÉRAL	DIAGNOSTIC PORTÉ	ÉVOLUTION	RÉCIDIVE	TRAITEMENT
Forgue	Sarcome alvéolaire.	Fléchisseurs de l'avant-bras.	Femme.	32 ans.	Pas d'antécédents.		Œuf	Ferme et élastique.	Peau mobile. Tumeur fixée aux tendons.	Douleurs dans l'avant-bras à la fin.	Normale	Pas de ganglions appréciables.	Bon.	Tumeur solide de la gaine des fléchisseurs.	Tuméfaction progressive depuis 6 mois.		Dissection de la tumeur.
Eichhorst	Mélano-sarcome fasciculé.	Long fléchisseur des orteils.	Femme.	36 ans.		Blessée par un clou.	Poing	Fluctuante.		Douleurs violentes.	Rouge		Bon.		Tumeur depuis 3 semaines.		Amputation de la jambe.
Eichhorst	Sarcome fasciculé.	Long extenseur du gros orteil.	Femme.	50 ans.		Traumatisme		Dure.		Douleurs vives			Bon.				Amputation
Eichhorst	Sarcome fasciculé.	Tendon du tibial antérieur.	Fille.	15 ans.		Pied écrasé	Noix								Tumeur depuis 3 ans.		Amputation
Markoe	Sarcome faso-cellulaire.	Gaine synoviale du gros orteil.	Homme.	43 ans.				Dure et élastique.	Peau mobile	Douleurs dès le début mais devenues insupportables.			Bon.		Tuméfaction progressive depuis 2 ans.	Six mois après	Evacuation du contenu à la curette.
Markoe	Sarcome fuso-cellulaire.	Gaine synoviale des fléchisseurs du pied.	Femme.	26 ans.		S'est foulé la cheville.		Molle. Tendue à la pression.	Peau mobile.	Douleurs dès le début.			Bon.		Tumeur progressive depuis 18 mois.	Huit mois après	Evacuation du contenu.
Markoe	Sarcome fuso-cellulaire.	Fléchisseurs des doigts.	Homme.	30 ans.			Six centimètres et demi.	Elastique.					Bon.		Tuméfaction depuis 10 ans, d'abord progressive, puis rapide.		Enucléation
Blum	Sarcome fasciculé.	Tendon du jambier postérieur et du long fléchisseur du gros orteil	Homme.	34 ans.			Poing	Fausse fluctuation.	Peau mobile.						Gonflement du pied droit depuis 14 ans.		Amputation de la jambe.
Denucé	Sarcome alvéolaire.	Gaine du tendon extenseur du médius.	Homme.	25 ans.	Traces d'adénite tuberculeuse.	Coup de règle	Grosse orange	Dure.		Douleurs térébrantes irradiant vers l'épaule.	Un peu rouge		Bon.		Tumeur depuis 3 ans.	Un mois après	Désarticulation des quatre derniers métacarpiens.
Broca	Sarcome fuso-cellulaire.	Long péronier latéral de la plante du pied.	Garçon	6 ans 1/2.			Pouce	Dure.		Douleurs fives à la pression et à la marche.			Bon.		Tumeur progressive depuis 2 mois.	Vingt mois après	Désarticulation tibio-tarsienne.
Longuet et Landel	Sarcome à myéloplaxes.	Gaine des péroniers latéraux.	Femme.	23 ans.		Entorse	Noix	Ferme et élastique.	Peau mobile. Tumeur adhérant profondément.	Aucune douleur ni spontanée ni provoquée.			Bon.	Corps étranger extra-articulaire.	Tumeur progressive depuis 4 ans.		Extirpation
Degorce	Sarcome fuso-cellulaire.	Extenseur du 5e doigt de la main droite.	Femme.	25 ans.			Petite noisette						Bon.		Grosseur depuis 1 an.		Extirpation
Malapert et Morichau-Beauchant	Sarcome à myéloplaxes.	Gaine du fléchisseur du médius.	Homme.	45 ans.			Doigt doublé de volume.	Dure.	Peau mobile.	Pas de douleurs.					Nodule progressif depuis 4 ans.	Pas de récidive depuis cinq mois	Désarticulation du doigt.
Bazy	Sarcome à myéloplaxes.	Gaine des fléchisseurs de l'auriculaire gauche.	Homme.	41 ans.			Petite noix	Dure.	Mobile avec la peau et les tendons.						Tuméfaction progressive depuis 5 mois.		Extirpation

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Observation

(Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, par le docteur Massabuau, chef de clinique).

Sarcome alvéolaire de la gaine des fléchisseurs de l'avant-bras.

Mme C..., âgée de 32 ans, entre le 21 avril 1909 dans le service de M. le professeur Forgue. Elle présente à la face antérieure de l'avant-bras une tuméfaction qui a débuté six mois auparavant. Cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume et cette évolution s'est accompagnée dans les derniers temps de quelques phénomènes douloureux se montrant sous forme d'élancements irradiés dans l'avant-bras et dans la main. On constate actuellement à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras gauche une tumeur à peu près exactement médiane, du volume d'un œuf, un peu étalée en surface. Elle commence en bas à un travers de doigt au-dessus du pli du poignet et remonte à trois travers de doigt au-dessus environ.

La peau est parfaitement mobile à la surface de la tumeur. La consistance de la tumeur est généralement ferme et légèrement élastique.

D'ailleurs, cette consistance n'est point partout la même Il existe à la partie supérieure et externe de la masse une nodosité saillante, grosse comme une noisette et de consistance très dure.

La tumeur est absolument fixée aux tendons et ne peut être mobilisée sur eux. Elle est immobile dans le sens transversal et surtout dans le sens vertical. Quand on fait mouvoir les tendons fléchisseurs des doigts, la tumeur se meut avec eux. Ces tendons ont subi une certaine rétraction puisqu'il est impossible de réaliser l'extension complète active ou passive des doigts, et dans l'extension forcée, la main reste fixée en forme de cuillère.

Les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont à peu près normaux et ne sont pas douloureux. L'état général de la malade est bon : elle ne tousse ni ne crache, aucune lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation.

La consistance particulière de cette tumeur et surtout l'existence à sa partie supérieure d'un nodule d'une dureté remarquable fait éliminer la possibilité d'une synovite tendineuse renfermant un liquide sous forte tension et conduit à porter le diagnostic de tumeur solide de la partie antibrachiale de la gaine des fléchisseurs.

L'intervention est pratiquée le 29 avril 1909 par M. le professeur Forgue et elle confirme le diagnostic préopératoire.

Il s'agissait, en effet, d'une tumeur très dure qui adhérait intimement aux tendons fléchisseurs superficiels sur lesquels il a fallu la disséquer avec beaucoup de difficulté. A sa partie supérieure, la tumeur envahissait le corps charnu du muscle. Elle ne présentait aucun prolongement appréciable la reliant au squelette de la région. La masse néoplasique est enlevée en totalité ; les suites opératoires furent très simples et la malade sort, guérie, le 15 mai 1909.

Au point de vue macroscopique, il s'agit d'une tumeur de consistance très dure, rappelant celle d'un fibrome. La

surface de coupe est sèche et ne donne pas de suc au râclage.

Examen histologique. — La tumeur est constituée dans ses parties les plus typiques par un tissu conjonctif très dense, limitant des alvéoles étroites dans lesquelles se trouvent des cellules qui présentent les caractères suivants : ce sont des cellules de formes très variables. Les unes sont irrégulièrement arrondies ou polygonales, émettant quelquefois des prolongements au niveau de leurs angles ; d'autres ont une forme plus irrégulière encore ; il y en a qui ont une forme en massue, d'autres allongée et triangulaire, mais surtout ce sont toujours des corps cellulaires très volumineux. Ils possèdent un protoplasme abondant, épais, toujours fortement coloré par les réactifs. Le noyau siège quelquefois dans la partie centrale de l'élément : très souvent, il en occupe la périphérie. C'est notamment le cas dans ces cellules allongées ou triangulaires que nous avons déjà signalées.

Ces éléments cellulaires sont aussi remarquables par ce fait qu'ils sont très nettement séparés les uns des autres dans une même alvéole. Les contours de chaque cellule sont nettement délimités. Quelquefois ces cellules sont dissociées par de fines fibrilles conjonctives. Quelques-unes de ces cellules sont particulièrement volumineuses. Elles représentent une véritable plaque protoplasmique renfermant quelquefois un seul noyau, mais plus souvent deux ou trois noyaux, jamais davantage. Ces cellules géantes sont d'ailleurs peu nombreuses et elles n'ont point la structure de ces volumineuses plasmodies multinucléées que l'on trouve dans les tumeurs dites à myéloplaxes.

Dans d'autres préparations, ces alvéoles du tissu conjonctif deviennent plus étroites encore. Dans leurs cavités

il est fréquent de voir les cellules néoplasiques disposées en bordure tout le long de la fente et se présentant sous le type de cellules polyédriques hautes qui s'implantent par une sorte de pied sur le tissu conjonctif qui forme la paroi de l'alvéole. Ces cellules sont souvent disposées régulièrement sur une seule rangée ; quelquefois sur plusieurs rangs et cet aspect est celui des figures les plus typiques d'endothéliomes.

Il est des points encore où la réaction conjonctive est extrêmement marquée et où l'on se trouve en présence de larges placards de tissu fibreux qui contribuent à donner à la tumeur sa dureté particulière. Dans ce tissu conjonctif existent des vaisseaux sanguins dont les parois ne sont pas très épaisses et de très nombreuses fentes lymphatiques dilatées.

Il est d'autres préparations, au contraire, où les travées conjonctives extrêmement minces limitent de larges alvéoles remplies de grosses cellules arrondies ou polygonales reproduisant la structure de la forme connue sous le nom de sarcome alvéolaire. Cette tumeur est donc un sarcome alvéolaire à grosses cellules, renfermant quelques cellules géantes et dont l'origine au dépens des endothéliums lymphatiques est probable.

I. **Observation de Eichhorst** (1876)

(Recueillie dans Blum. Chirurgie du pied)
Mélano-sarcome fasciculé de la gaine du long fléchisseur des orteils.

Une femme de 36 ans avait été blessée dix ans auparavant par un clou qui avait pénétré dans la plante du pied. Depuis cette époque, elle avait éprouvé des douleurs continues, sans troubles fonctionnels. Il y a trois semaines : formation, au niveau du scaphoïde, d'une tumeur à mar-

che rapidement envahissante. Les douleurs deviennent violentes, le pied est rouge, œdématié, la plante effacée. La petite tumeur est fluctuante, mais l'incision démontra l'absence de pus.

Amputation de la jambe. Guérison.

Dans la plante du pied, on trouva une tumeur du volume du poing qui englobait les tendons du long fléchisseur. Elle était bien limitée sur les parties latérales ; à la partie inférieure où elle englobait l'aponévrose plantaire ; en haut elle avait envahi les ligaments interosseux et dorsaux et pénétré dans plusieurs articulations.

Il s'agissait d'un mélano-sarcome fasciculé.

II. **Observation de Eichhorst**

(Recueillie dans Blum. Chirurgie du pied)
Sarcome fasciculé du long extenseur du gros orteil.

Une femme de 50 ans portait depuis 30 ans sur le bord interne du pied une tumeur sensible au moindre choc. Subitement, à la suite d'un traumatisme, elle augmenta de volume. Elle était située dans la région du premier cunéiforme ovale, fluctuante, et recouverte par une peau saine. A la base on sentait quelques noyaux durs.

Amputation de Pirogoff. Guérison.

La tumeur englobait le tendon du long extenseur du gros orteil et adhérait au premier cunéiforme.

Sarcome fasciculé dont les cellules montraient à peine des traces de métamorphose graisseuse.

III. **Observation de Eichhorst**

(Recueillie dans Blum. Chirurgie du pied)
Sarcome fasciculé du tendon du tibial antérieur.

Une fille de 15 ans avait eu le pied écrasé 3 ans auparavant. Il s'était formé à cette époque une tumeur du volume d'une noix qui envahit tout le dos du pied. La tumeur était sphacélée à sa surface, et son origine ne pouvait être précisée.

Amputation.

La néoplasie partait du tendon du tibial antérieur qui se perdait dans sa masse.

Sarcome fasciculé.

I. **Observation de By Thomas et M. Markœ**

(New-York Médical 1884)
Sarcome fuso-cellulaire de la gaine synoviale du gros orteil.

Franck Nair, âgé de 43 ans, de bonne constitution, paraissant en bonne santé, entra à l'hôpital de New-York le 5 décembre 1879, présentant une tuméfaction du gros orteil. Cette tuméfaction avait commencé environ deux ans auparavant, sans cause connue, et avait lentement et progressivement augmenté de volume.

Dès le début, la marche était un peu douloureuse, mais la douleur était devenue si insupportable ces derniers temps, qu'il désirait une intervention capable de le soulager.

La douleur augmentait par la station debout ou une marche un peu prolongée.

A son admission, on remarquait un gonflement mou,

pâteux, occupant la face inférieure du gros orteil et s'étendant dans la plante du pied, en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne.

Cette tumeur avait une consistance élastique et devenait à la pression dure et tendue. On percevait une sensation de fluctuation assez distincte, mais il était difficile de se rendre compte si elle était produite par une substance liquide ou semi-solide. La paroi du kyste paraissait très épaisse. La distension de la gaine synoviale était évidente, mais il était difficile de se prononcer sur la nature de son contenu. J'ignore s'il fût fait une ponction. On porta le diagnostic de kyste synovial, dont le contenu, primitivement fluide, s'était partiellement solidifié. Le 8 janvier, je fis dans le sac une incision prolongée en arrière aussi loin que possible et avec quelque difficulté j'évacuai le contenu. Il était d'une couleur jaunâtre, semblable au contenu sébacé de quelques kystes dermoïdes, mais il n'était pas parfaitement fluide et certaines parties montraient qu'il y avait eu autrefois un tissu organisé quoique de consistance très molle.

On ne prêta tout d'abord pas beaucoup d'attention à cette particularité, qui fut reconnue plus tard de la plus grande importance.

Après évidement, les parois présentèrent l'aspect lisse, blanc, brillant, d'une paroi synoviale saine. Un drain fut placé, traversant de part en part la plaie, qui fut pansée antiseptiquement. Il ne se produisit aucune suppuration, le drain fut enlevé après une semaine et la plaie fut bientôt cicatrisée. Le malade se croyait guéri et marchait assez bien en quittant l'hôpital. Six mois après, je l'ai revu avec une tuméfaction aussi prononcée que la première fois et un affaiblissement progressif. Je n'ai pas eu l'occasion de le revoir depuis.

Au point de vue macroscopique, l'échantillon examiné consistait en fragments irréguliers, extirpés ou obtenus par râclage et ressemblant à un kyste, bien que la paroi kystique ne fût point démontrée. Enfin, au point de vue microscopique : 1° la tumeur examinée à l'état frais présenta beaucoup de tissu fibreux et fut considérée comme un kyste bénin ; 2° les fragments durcis et examinés en coupes présentèrent la structure typique du sarcome fuso-cellulaire.

II. **Observation de By Thomas et Markœ**

(New-York Médical, 1884).

Sarcome fuso-cellulaire de la gaine synoviale des fléchisseurs du pied.

Dilla Deton, âgée de 26 ans, est entrée à l'hôpital de New-York, le 21 janvier 1880 avec une tuméfaction de la plante du pied. Le cas ressemblait assez au précédent. La malade racontait que deux ans auparavant elle commença à ressentir en marchant des douleurs qu'elle attribua à la gêne de son soulier.

Environ 18 mois avant son entrée, elle s'était foulé la cheville. Depuis ce moment était apparue au-dessous de la malléole interne une tumeur qui avait augmenté lentement. Elle souffrait beaucoup, surtout en marchant. La tumeur a été ponctionnée plusieurs fois. La première fois, il coula un peu de liquide, mais les ponctions suivantes ne donnèrent rien. A part ces douleurs et cette difficulté de la marche, la malade paraissait en bonne santé, mais elle souffrait tellement, pendant et après une promenade, que cela devenait une véritable infirmité.

Actuellement, la tuméfaction occupe une grande partie de la plante du pied et s'étend en arrière et au-dessous de la malléole interne. Elle est molle, non élastique, mais se

tend par la pression. On perçoit une sensation de fluctuation, donnant l'idée d'un contenu épais, visqueux ou semi-solide. Les parties qui recouvrent la tumeur sont absolument normales. Il est évident que l'on est en présence d'un cas de distension de la gaine synoviale des fléchisseurs des orteils, mais il est difficile d'en déterminer la nature.

Le 27 janvier 1880, j'ouvris la gaine, la vidant de son contenu. Je fis une incision aboutissant presque en arrière à la malléole.

Aucun liquide ne s'écoula à l'ouverture de la cavité, mais par la pression, il s'échappa une substance semi-solide ressemblant à celle trouvée dans le cas précédent et qui, extraite avec quelque difficulté, laissa une cavité si étendue qu'une sonde put être poussée jusqu'à la racine des orteils. J'eus tellement de peine à expulser cette substance que je pensai à son adhésion aux parois du sac. Afin d'en être sûr et de pouvoir évacuer complètement cette masse semi-solide, j'agrandis l'incision et j'explorai avec le doigt. Je pus ainsi me rendre compte qu'il y avait de nombreuses adhérences aux parois de la cavité. Cette paroi était formée d'une membrane séreuse claire. Par cette exploration je reconnus aussi que la cavité principale était divisée en plusieurs autres cavités secondaires qui n'étaient autres que les divisions de la gaine enveloppant les tendons se rendant aux phalanges. Toutes ces cavités synoviales avaient été excessivement dilatées par la tumeur qui les remplissait et je pouvais facilement remuer mon doigt dans un large espace situé au milieu de la plante du pied.

Avec le doigt, la curette et les pinces, j'ai évacué la cavité aussi complètement que la chose m'a été possible, mais j'eus la sensation qu'une grande partie de la tumeur échappait à mon intervention. Je terminai mon opé-

ration en pratiquant un orifice à la base d'un des orteils et en passant un drain qui traversait de part en part. La plaie fut pansée et par le drain on injecta toutes les trois ou quatre heures une solution antiseptique dans la cavité. Il n'y eut aucune suppuration et le drain fut laissé en place jusqu'au 6 février. La plaie se cicatrisa lentement.

La malade fut renvoyée le 4 mai, mais comme dans le cas de M. Nair, toute trace de la tumeur n'avait point disparu et la marche était douloureuse.

Le contenu semi-solide de la tumeur fut soigneusement examiné.

Au point de vue macroscopique, c'était une substance très molle, presque diffluente, très divisée par l'intervention.

L'examen microscopique pratiqué par le docteur Peabody montra que l'on avait affaire à un cas typique de sarcome fuso-cellulaire à peu près identique au cas précédent.

La malade fut réadmise à l'hôpital le 18 septembre 1880. La tuméfaction était aussi prononcée et la douleur aussi grande que la première fois. L'état général était bon. Pas de cachexie, ni d'adénopathie ganglionnaire. Il s'était développé depuis sa sortie de l'hôpital une autre tumeur sur le bord externe du pied, tumeur paraissant n'avoir aucune connexion avec les tendons ou leurs gaines.

L'histoire clinique et l'examen microscopique firent nettement conclure à l'extension d'une tumeur sarcomateuse et l'amputation fut conseillée et pratiquée le 9 octobre.

La convalescence ne présenta rien de particulier et je n'ai plus eu de ses nouvelles depuis son départ de l'hôpital.

Voici le rapport de docteur Peabody qui examina le pied : « Au-dessous de la cicatrice et s'étendant de là en

avant et en arrière sur un espace irrégulièrement circulaire se trouve une nouvelle tumeur. Elle est très molle, friable, d'une couleur rougeâtre et présente plusieurs foyers hémorragiques. Elle est située sous la peau et de là s'enfonce profondément, contournant les gaines tendineuses. Sur le bord externe du pied, au-dessus de la malléole, se trouve une autre masse d'un pouce environ qui présente les mêmes connexions avec les tissus superficiels. On en trouve une autre trois ou quatre fois plus grosse au-dessous du calcaneum. En arrière de l'articulation calcanéo-astragalienne existe une petite collection. Ces nouvelles tumeurs sont toutes distinctes, étant séparées par des tissus qui paraissent sains.

Au microscope, on trouve un tissu très riche en cellules fusiformes et allongées, de petit volume et réunies par un stroma de fibres conjonctives.

A la suite de cet examen, il paraît évident que la tumeur n'est plus localisée comme lors de la première intervention aux gaines synoviales, mais qu'elle a infiltré les tissus avoisinants.

Nous en concluons aussi au caractère malin de la tumeur puisqu'elle est en voie de généralisation. La littérature des affections des gaines synoviales est extrêmement pauvre. Beaucoup de cas isolés se trouvent dans les journaux et le docteur Bulcke dans « The Medical Times and Gazette » cite un cas dans lequel il trouva dans une tuméfaction rétro-malléolaire une cavité remplie de petites graines semblables à des graines de melon, mais je n'ai vu nulle part relatée la description d'un cas semblable à celui que je viens de décrire.

Fournier et Verneuil ont publié des notes sur les tumeurs synoviales dépendant de la syphilis, mais ils s'en sont strictement tenus à ces formes. J'ai présenté ces cas

à la société, parce que je crois qu'ils offrent un exemple de sarcomes non décrits jusqu'à ce jour. Outre l'intérêt que présente leur rareté, je pense qu'ils ont une importance pratique au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic des tumeurs des gaines synoviales.

Les affections traumatiques ou spontanées des gaines synoviales, aiguës et chroniques, sont certainement des affections très rares et il est du plus grand intérêt de différencier celles qui sont bénignes de celles qui sont graves et ont même une issue fatale. Il est douteux qu'une telle différenciation puisse être faite avec certitude, mais j'estime que le développement plus ou moins lent de la tumeur, du moins au début, l'absence d'une fluctuation distincte, la dureté et la tension du sac et les résultats négatifs de la ponction peuvent conduire à une probabilité sinon à une certitude en faveur du diagnostic de sarcome et avoir une influence importante sur le traitement et sur le pronostic. En terminant, je désire vous donner lecture de la lettre suivante :

« 5 avril 1884.

» Cher Docteur, je ne suis pas certain que le cas suivant soit semblable à ceux que vous avez observés.

» Wale, âgé de 30 ans, laboureur, présentait une tumeur qui fut enlevée par le docteur Wood en juin 1869.

» Il y a 10 ans, le malade remarqua une tuméfaction de la grosseur d'un pois dans la paume de la main. Elle augmenta d'abord lentement, puis rapidement pendant ces derniers trois mois.

» Elle était située entre l'aponévrose palmaire et la gaine des tendons. Elle était piriforme et longue de 6 centimètres et demi.

» Après incision, la tumeur apparut avec l'aspect d'un

kyste dont les parois fibreuses donnaient naissance à des masses molles remplissant ses cavités. Ces cavités sont molles, jaunâtres, tachetées de points hémorragiques. Elles contiennent presque uniquement des cellules rondes, ovales, fusiformes ou étoilées.

» L'observation n'est pas nette au sujet de la position exacte de la tumeur, mais je crois qu'elle prenait naissance dans la gaine d'un des tendons.

» Delafield. »

Observation

(*In* Blum. Chirurgie du pied, 1884)
Sarcome fasciculé.

J'ai eu l'occasion de pratiquer l'amputation de la jambe sur un homme âgé de 34 ans, qui, sans cause, avait vu survenir, il y a quatorze ans, un gonflement du pied droit.

La face plantaire du pied, au lieu d'être concave, est saillante et remplie par une tumeur mal délimitée, s'étendant en arrière jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité postérieure du talon, en avant jusqu'au milieu du métatarse. En dehors, elle s'étend jusqu'au bord externe du pied, en dedans elle remonte jusqu'à deux travers de doigt de la malléole interne. La peau est normale, non adhérente et présente quelques veines dilatées. Les ganglions poplités et inguinaux sont indemnes. Il y a une fausse fluctuation, et une ponction exploratrice ramène, au bout du trocart, une matière molle, rouge, que l'examen microscopique démontre être du sarcome.

Après avoir enlevé la peau et le tissu cellulaire, la tumeur apparut recouverte par l'aponévrose plantaire et

les muscles superficiels de la plante du pied. Un prolongement remontait en arrière du tibia et des tendons du jambier postérieur et du long fléchisseur du gros orteil, sans y adhérer. La tumeur, du volume du poing, est bosselée, molle, grisâtre et se sépare facilement des parties molles voisines, auxquelles elle n'adhérait que faiblement par du tissu conjonctif. En un mot, la tumeur, située entre les muscles superficiels et profonds, n'adhère ni aux os, ni aux tendons, ni aux vaisseaux, ni aux nerfs.

Elle est formée de cellules fusiformes et est parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins, dont les parois sont formées de cellules embryonnaires.

C'est un sarcome fasciculé.

Observation de Denucé

(Bulletin de la Société Anatomique, 1885

Sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius.

Le nommé M... François-Xavier, marchand de vin, âgé de 25 ans, entre le 9 février 1885 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Michon, lit numéro 48.

Sa mère était rhumatisante. Il porte des traces de scrofule, une cicatrice d'adénite sous-maxillaire, dont il a été atteint vers l'âge de cinq ans, et qui a suppuré six mois environ. Il n'y a aucun autre antécédent héréditaire ou personnel à relever. Au mois d'avril 1882, il était infirmier à la 20e section, à Oran. Il reçut, en jouant avec un de ses camarades, un coup de règle ; l'angle de l'instrument porta sur le tendon extenseur du médius de la main gauche, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Huit jours après, il constata la présence en ce

point d'une petite tumeur. Cette tumeur avait le volume d'une lentille ; elle était mobile avec le tendon. La peau, un peu rouge, ne lui adhérait pas. L'indolence était complète. Ce petit nodus grossit très lentement. En juin 1884, son volume atteignait celui d'une noisette. Sa présence n'éveillait aucune douleur et gênait si peu les mouvements que le malade avait pu continuer à jouer du violon.

Au moment de quitter le service, il résolut de se faire opérer et entra à l'hôpital militaire d'Oran. M. le docteur Massoutier, médecin principal de deuxième classe, pratiqua l'ablation de la tumeur sans sectionner le tendon, qu'il se contenta de gratter. Les suites opératoires furent très simples : la réunion se fit par première intention ; au bout de dix jours, le malade sortait guéri, ayant conservé intactes les fonctions de son tendon.

Un mois après, au commencement d'août 1884, la tumeur réapparut au même point ; elle semblait s'attacher profondément par une base plus large que la première fois.

En quinze jours, elle atteignit le volume d'une noix. Le malade consulta un spécialiste (?) qui fit des applications de teinture d'iode. Ces applications déterminèrent l'ulcération de la peau. La tumeur fut mise à nu. Des bourgeons exubérants se montrèrent dans l'ulcération. Le malade se mit entre les mains d'un deuxième spécialiste, dont la quatrième page des journaux prône la méthode pour la guérison sans opération des tumeurs. Il fut soumis à des applications de pâte caustique, renouvelées tous les quinze jours. Au bout de deux mois de ce traitement, très douloureux, il entra à la Pitié, dans le service de M. Verneuil.

La tumeur occupe sur la main gauche l'interstice du médius et de l'annulaire. Les extrémités inférieures des

troisième et quatrième métacarpiens sont écartées de six centimètres environ. Les doigts vont s'écartant de même. Le néoplasme a le volume d'une grosse orange. Il descend dans l'espace interdigital jusqu'à la phalangette du médius en dehors, et en dedans jusqu'à la phalangine de l'annulaire. Sur la face palmaire, sa masse rougeâtre, mamelonnée, en forme d'œuf, remonte vers l'éminence hypothénar qu'elle recouvre en grande partie ; sa base est un peu étranglée ; à ce niveau, il existe une bande de peau qui s'ulcère rapidement. Sur la face dorsale, la tumeur, également ulcérée, est plus volumineuse ; d'une couleur verdâtre, elle est formée de gros bourgeons arrondis, serrés les uns contre les autres. Elle recouvre presque toute la face dorsale, s'étendant du deuxième au cinquième métarcarpiens et en haut remontant à un doigt au-dessous de l'articulation radio-carpienne.

En soulevant la tumeur, on constate qu'elle est supportée par un pédicule plus étroit, ne remontant guère au-delà de la moitié inférieure des métacarpiens et s'étendant en largeur du deuxième au quatrième métacarpiens. La peau réapparaît au niveau de ce pédicule et recouvre presque aussitôt ses caractères normaux. Il est impossible de reconnaître au palper l'état des os et leurs relations avec la tumeur. Celle-ci est le siège de douleurs vives, térébrantes, revenant par accès fréquents, et irradiantes vers l'épaule. Pas de ganglions épitrochléens ou axillaires. Pas de fièvre. L'état général est assez bon. Les urines sont normales.

La désarticulation des quatre derniers métacarpiens est pratiquée le 10 février. Les parties molles avoisinant le premier métacarpien, celles des lambeaux paraissent normales. Depuis l'opération, les douleurs ont cessé : le

malade n'a pas eu de fièvre. Son état est très satisfaisant.

Examen de la pièce. — Il est inutile de revenir sur ses caractères extérieurs, suffisamment décrits dans l'observation. La coupe a montré un tissu d'un rouge brun, très vasculaire, contenant de nombreuses cavités assez vastes, rappelant, en un mot, les caractères de ces tumeurs, jadis décrites sous le nom de fungus hématodes. La dissection a permis de constater que les os étaient sains. Les têtes des troisième et quatrième métacarpiens, disjointes mécaniquement, étaient indépendantes de la tumeur. Celle-ci occupait l'intervalle des deux os dans leur moitié inférieure. En ce point, le périoste était rouge, mais les os avaient conservé leurs caractères normaux.

Les tendons fléchisseurs des doigts, refoulés par la tumeur, n'avaient avec elle aucune relation intime. Il en était de même pour les tendons extenseurs de l'index et du petit doigt. Sur le tendon extenseur du médius, on a retrouvé un petit nodus fibreux, dû, sans doute, à la première intervention opératoire ; mais le tendon était indépendant de la tumeur et avait conservé sa teinte nacrée. En revanche, le tendon extenseur de l'annulaire, sur une longueur de trois centimètres environ, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation, est envahi par le néoplasme transformé en un tissu mou, rougeâtre. A ce niveau, il est déformé, augmenté de volume et se continue directement avec le tissu morbide. Il importe de rappeler ici que l'affection a débuté au niveau du tendon du médius.

J'ai pratiqué l'examen histologique de la pièce, au laboratoire d'histologie du Collège de France. Des fragments fixés par l'alcool, puis plongés dans l'eau gommée, ont été soumis à la congélation, coupés et colorés au picrocarmin.

En examinant une de ces coupes à un faible grossissement, on constate que le tissu est formé de cellules ayant des formes et un volume très variables. Ce sont d'abord des éléments embryonnaires en grand nombre, puis des cellules plus volumineuses, arrondies, pourvues de plusieurs gros noyaux, à nucléole bien visible, enfin des cellules à formes très irrégulières, anguleuses, multinucléées, représentant parfaitement les éléments décrits autrefois sous le nom de myéloplaxes.

De nombreux vaisseaux sillonnent la coupe. Quelques-uns ont un assez grand diamètre, mais tous sont pourvus de parois embryonnaires ou infiltrés d'éléments sarcomateux. En étudiant l'arrangement des cellules, les unes par rapport aux autres, on constate, avec un fort grossissement, que ces cellules ne sont pas seulement disposées les unes à côté des autres, ou séparées par une substance amorphe peu abondante, mais qu'il existe un véritable réticulum, rappelant, par sa texture, le tissu adénoïde, et formant de petites alvéoles, dont chacune contient une ou plusieurs cellules, toujours en très petit nombre. Ce réticulum est étudié sur une pièce traitée par le pinceau. Dans les points occupés par les vaisseaux, on retrouve un réseau de fibrine, ne ressemblant en aucune façon à celui qui enserre les cellules. Celui-ci prend son point d'appui sur le tissu jeune, qui forme la paroi des vaisseaux. De là partent des travées assez grosses, courtes, irrégulières, qui, en se divisant et s'anastomosant, constituent, par leurs fines ramifications, les petites alvéoles entourant les cellules.

La tumeur ne peut être un lymphadénome. La forme et le volume des cellules sont la preuve du contraire. De plus, le tissu réticulaire est moins fin, plus irrégulier que celui des lymphadénomes. Les points de jonction ne pré-

sentent pas de noyaux. Ce réticulum fin, ces petites alvéoles, n'appartiennent pas davantage au carcinome. Nous sommes donc en présence d'une de ces tumeurs mal définies, intermédiaires au sarcome et au carcinome, étudiées par Billroth sous le nom de carcinome réticulaire, par Rindfleisch sous celui de sarcome alvéolaire. Ces tumeurs, avec de petites cellules, sont fréquentes dans le testicule, où d'ailleurs il est difficile de les distinguer du lymphadénome ; dans la peau, on les rencontre quelquefois avec de grosses cellules. Rindfleisch a étudié cette disposition alvéolaire dans quelques sarcomes myéloïdes.

Il est intéressant de retrouver cette structure dans une tumeur ayant débuté dans une gaine tendineuse. Au point de vue clinique, cette observation nous paraît présenter encore quelques points dignes d'attirer l'attention. Son origine traumatique est parfaitement établie. C'est huit jours après le traumatisme qu'elle apparaît. Le malade est très intelligent. On peut accepter son assertion à ce sujet.

Quant au siège primitif de la tumeur, l'absence de renseignements précis sur l'opération pratiquée à Oran, ne permet que des hypothèses. La tumeur suivait les mouvements des tendons ; mais ces mouvements n'étaient alors nullement gênés. L'ablation de la tumeur primitive n'a pas nécessité la résection du tendon. On sait, d'autre part, combien sont rares les tumeurs primitives des tendons.

Enfin, la dissection de la pièce a permis de constater que le tendon extenseur du médius, au niveau duquel la première manifestation s'était produite, était jusqu'à la fin resté indépendant du tissu néoplasique.

Au début, la peau était saine. Il ne reste donc que la gaine synoviale tendineuse qui puisse avoir été le siège primitif de la néoformation.

C'est à cette conclusion que nous nous arrêterons, en effet, la regardant non seulement comme plausible, mais comme absolument conforme à la réalité. Nous ferons encore remarquer la rapide croissance de la tumeur et sa localisation absolue sans réaction sur l'état général, ni même sur les ganglions.

Observation de Broca

(Bulletin de la Société de Chirurgie, 1895. Rapport par Tillaux)
Fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral à la plante du pied.

Tamb... (Henri), âgé de 6 ans et demi, me fut adressé le 21 octobre 1892, par mon maître, le professeur Tillaux et mon confrère Walther, à l'hôpital Trousseau, où j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Lannelongue.

Cet enfant portait à la plante du pied une tumeur dont on se serait aperçu deux mois auparavant, et qui s'est accrue progressivement.

Actuellement, immédiatement en avant de la ligne qui unit l'une à l'autre les extrémités postérieures des premier et cinquième métatarsiens, au niveau du quatrième métatarsien, on sent à la plante du pied, sous la peau absolument normale, une tumeur bilobée, formée de deux petites masses arrondies, dont la postérieure est la plus mobile.

Cette tumeur, bien limitée, de consistance dure et égale, est fort douloureuse à la pression et gêne la marche. Elle me parut adhérente au squelette et je l'attribuai au cuboïde ou au quatrième métatarsien. Cet avis était également celui de M. le professeur Tillaux, tandis que mon collègue et ami Walther croyait percevoir un peu de mobilité transversalement et concluait à une tumeur tendineuse.

Le 24 octobre 1893, je fis sur la tumeur une incision longitudinale, et d'un coup de rugine à sa base, je la détachai. Il fut alors évident que la tumeur ne tenait pas à l'os, mais aux tendons, probablement à ceux du fléchisseur profond. Réunion immédiate sans drainage, et j'obtins la cicatrisation par première intention.

La tumeur enlevée avait l'aspect et la consistance du fibrome : et c'est au fibrome que conclut l'examen histologique pratiqué par mon collègue et ami Achard.

Je restai sans nouvelles de l'enfant jusqu'au 23 juin 1894, date à laquelle il me fut ramené, souffrant de nouveau depuis quelques semaines.

A cette date, la marche sur la plante du pied était à peu près impossible, et je constatai l'existence d'une tumeur douloureuse, immobile, un peu bosselée, commençant en arrière, au niveau du cuboïde et se prolongeant, grosse comme le pouce à peu près, jusqu'à l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien. Là, elle se terminait par une extrémité arrondie, lisse et nette. Cette tumeur est dure, de consistance égale.

Cette fois, il me parut évident que j'étais en présence d'un sarcome, que je crus pouvoir attribuer au quatrième métatarsien.

Le 27 juin, je commençai par faire à la plante du pied une incision exploratrice qui me fit voir tous les tendons sains et, par eux, me conduisit jusqu'à une tumeur allongée, qui me parut, en effet, dépendre du quatrième métatarsien. Je ne crus pas devoir me borner à l'extirpation de cet os, et je pratiquai séance tenante la désarticulation tibio-tarsienne, avec lambeau postérieur, à peu près semblable à celui de l'amputation de Guyon.

Réunion immédiate sans drainage ; pansement à la gaze antiseptique : guérison par première intention.

Sur la pièce, on voit une tumeur qui commence en arrière par une extrémité assez saillante au niveau du cuboïde et longe tout le bord inférieur du quatrième métatarsien.

Après résection des tendons fléchisseurs, qui en sont indépendants, on constate que la tumeur n'adhère pas au métatarsien. On peut la rabattre d'avant en arrière, et il devient alors évident qu'elle part du ligament calcanéo-cuboïdien, c'est-à-dire de la gaine du long péronier latéral, ce dernier tendon étant intact.

M. Pilliet a bien voulu pratiquer l'examen histologique. La tumeur est développée dans le tissu conjonctif de la gaine tendineuse et du méso-tendon. Ce n'est pas une transformation sarcomateuse molle, avec accumulation de petites cellules rondes, mais une transformation fibro-plastique. La néoplasie est constituée par des cellules fusiformes et du tissu conjonctif adulte, disposé en masses tourbillonnées ou en grandes nappes qui morcellent le tissu propre du tendon, disséquant ses faisceaux et les atrophiant peu à peu.

Le diagnostic est donc fibro-sarcome de la gaine du long péronier, amenant l'atrophie des fibres tendineuses par substitution de tissu.

Observation de Longuet et Landel

(Archives de Médecine expérimentale, 1895)

Sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux

D... Anna, 23 ans, est atteinte d'une tumeur de la région péronière inférieure droite. Cette tumeur offre une forme bilobée ; l'un des lobes, antérieur et peu développé, borde en avant la malléole externe ; l'autre, postérieur,

plus volumineux, descend au-dessous de la pointe de cette malléole et se prolonge derrière elle, en sorte que la malléole est encadrée dans la néoformation. Un sillon longitudinal, correspondant à l'os, la sépare en deux bosselures principales. Le volume de la partie prémalléolaire égale celui d'une noisette ; celui de la partie rétro et sous-malléolaire égale celui d'une noix.

La surface de la tumeur, irrégulièrement arrondie, est multilobulée ; les limites sont mal marquées, principalement en arrière.

La consistance, ferme et dure, est partout égale : c'est une sensation élastique, cartilagineuse, plutôt qu'une véritable dureté osseuse. Libre sous la peau qu'on glisse aisément à sa surface, la tumeur est dépourvue de mobilité dans la profondeur ; ni dans le sens de la longueur, ni dans le sens antéro-postérieur, on ne parvient à mobiliser la large base d'implantation de cette production sessile. Néanmoins, cette base semble n'affecter aucune connexion avec le squelette, bien qu'elle soit d'une exploration difficile, parce qu'elle disparaît progressivement dans le creux calcanéo-astragalien.

Aucun changement de coloration des téguments à ce niveau ; consistance normale et mobilité parfaite de la peau, ce qui indique que la tumeur ne présente avec la peau aucune dépendance.

Pas de ganglions appréciables.

Aucune espèce de douleurs, ni spontanées, ni provoquées ; aucun trouble non plus dans la marche. L'articulation tibio-tarsienne, ainsi que toutes les articulations du pied ont conservé tous leurs mouvements. Cette malade, qui n'offre dans ses antécédents aucune trace de syphilis, ni de tuberculose, a vu cette tumeur se dévelop-

per lentement et progressivement depuis quatre ans, époque où il y a eu un traumatisme suivi d'entorse.

Peu à peu, la tumeur a grossi, augmentant régulièrement de volume, sans jamais déterminer la moindre douleur, ni la moindre impotence fonctionnelle. L'état général est toujours resté excellent.

Le diagnostic auquel on se rattache le plus volontiers fut celui de corps étranger, probablement extra-articulaire.

Opération le 5 mai 1895. L'extirpation est faite par M. Quénu. A l'aide d'une incision curviligne à concavité supérieure, on releva un lambeau qui mit à jour toute la région malade. Puis la dissection de la tumeur fut commencée, par le lobe antérieur d'abord. Pour le lobe postérieur, on dut récliner les tendons péroniers latéraux. Ceux-ci, intacts, cheminaient librement à la surface de la tumeur dans une gouttière formée en partie par le néoplasme, en partie par la malléole péronière. C'est cette gouttière des péroniers qui sépare la masse en deux lobes.

L'extirpation a été assez difficile, principalement dans le creux calcanéo-astragalien. Au cours de ces manœuvres, l'articulation calcanéo-astragalienne fut ouverte ; mais la tumeur n'envoyait aucun prolongement dans cet article, ni dans l'articulation tibio-tarsienne. On put constater aussi qu'elle n'avait aucune implantation sur le squelette. Sutures, réunion *per primam,* guérison rapide, aucun trouble fonctionnel. Il existe encore une production du même genre, sans connexions osseuses, au niveau de la face interne de l'astragale, du volume d'un gros pois. Passée d'abord inaperçue, puis signalée par le malade, elle fut enlevée par une opération ultérieure. Donc, le néoplasme a deux centres de formation absolument distincts : l'un à la face interne, l'autre à la face externe du pied.

Les principales particularités cliniques et histologiques de cette observation sont les suivantes :

I. — Cliniquement, il s'agit d'une tumeur survenue chez une femme jeune, tumeur dure, bilobée, circonscrite, n'entraînant aucun trouble fonctionnel (les tendons péroniers qui la traversent ne sont nullement intéressés). Tumeur bénigne, si l'on en juge par son faible volume et sa très lente évolution, autant que par l'absence de toute réaction.

II. — Macroscopiquement, cette tumeur, qui offre des îlots jaunâtres sur fond blanc, est indépendante du squelette et de la peau, des tendons, mais sans capsule appréciable.

La coupe, sèche, analogue à du cartilage, ne donne aucun suc au raclage.

III. — Histologiquement, cette tumeur est formée : 1° de cellules d'aspects différents : les unes, petites et embryonnaires, les autres plus grandes et rappelant par leurs caractères les cellules géantes ou les myéloplaxes, toutes disposées sans aucun ordre, dans un tissu interstitiel de nature fibreuse ; elle appartient donc à la classe des sarcomes ;

2° Le tissu fibreux constitue l'élément prédominant, sa disposition et surtout son abondance montrent qu'il est de nouvelle formation et ne permettent pas d'admettre qu'il soit le reliquat des gaines tendineuses dissociées par les éléments néoplasiques ;

3° Il existe une très grande quantité de cellules à protoplasme apparent ayant un ou plusieurs noyaux ; on observe tous les intermédiaires entre celles ci et les petites cellules embryonnaires, et il semble évident que ces dernières soient leur point d'origine ;

4° On ne rencontre ni vaisseaux à parois embryonnai-

res, ni lacunes distinctes, mais seulement des capillaires de petit calibre ayant une paroi fibreuse d'épaisseur considérable ;

5° Les parties ramollies constatées macroscopiquement sont dues à une dégénérescence granulo-graisseuse frappant surtout les cellules de moyenne taille.

Observation de Degorce

(Bulletin de la Société Anatomique, Octobre 1901)
Sarcome à myéloplaxes des gaines tendineuses

Tumeur du volume d'une petite noisette siégeant sur la deuxième phalange du cinquième doigt de la main droite, à la face dorsale, chez une femme de 25 ans.

La malade avait reconnu l'existence d'une grosseur un an environ avant de se présenter à l'hôpital.

La tumeur est extirpée le 25 septembre 1900.

L'examen histologique en est pratiqué par M. Poulain. Elle est constituée histologiquement par des faisceaux de cellules fusiformes anastomosées en tous sens, et au milieu desquels se montrent des vaisseaux.

On y voit, en outre, un assez grand nombre de cellules de très grandes dimensions, de forme arrondie ou ovalaire, possédant de très nombreux noyaux. La tumeur est entourée d'une gaine rappelant la structure des tendons.

Il s'agit donc d'un sarcome fuso-cellulaire à myélo plaxes des gaines tendineuses, tumeur remarquable par sa bénignité.

La malade, revue récemment, ne présentait aucune récidive.

Observation de Malapert et Morichau-Beauchant

(Bulletin de la Société anatomique. Mai 1905)

Sarcome à myéloplaxes de la gaine synoviale du fléchisseur du médius

Malade âgé de 45 ans. Il y a quatre ans, remarque l'apparition d'un petit nodule au niveau de la face palmaire de la première phalange du médius droit. Cette tumeur, indolore et ne gênant en rien les mouvements du doigt, augmenta progressivement de volume, s'étendant vers l'extrémité libre du doigt et d'autre part du côté de la main.

Vient consulter en décembre 1904.

Le doigt est doublé de volume. Téguments intacts. Coloration normale. Présence sur la face palmaire d'une tumeur allongée suivant l'axe du doigt qui, partant de l'articulation de la troisième avec la deuxième phalange, remonte jusqu'au milieu de la main. Cette tumeur est, dans son ensemble, plutôt dure. Elle n'est pas fluctuante.

Aucune douleur. Mouvements du doigt possibles, mais flexion limitée par le volume de la tumeur.

Opération le 9 décembre. Une incision pratiquée suivant le grand axe de la tumeur arrive sur des masses dures, jaunâtres. La gaine étant envahie en totalité, il paraît impossible d'enlever toute la tumeur. Désarticulation du doigt. Ablation à la curette de la tumeur propagée à la portion métacarpienne de la gaine. Suites opératoires parfaites. Pas de récidive depuis 5 mois.

L'examen macroscopique de la tumeur révèle sa structure lobulée, sa consistance ferme, sa coloration jaunâtre avec îlots rouge foncé assez nombreux.

Les coupes pratiquées au niveau du doigt à différentes

hauteurs, montrent que la tumeur remplit toute la gaine des fléchisseurs qui paraît comme injectée. Le squelette osseux est respecté. Les tendons fléchisseurs sont plongés au milieu de la tumeur qui les entoure de toutes parts, mais ils ne paraissent pas envahis.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes avec cette particularité que l'on y rencontre de très nombreux myéloplaxes et des cellules dont le protoplasme est surchargé d'hémoglobine.

Par places, on note une prolifération abondante de tissu conjonctif adulte formant des bandes entre lesquelles se disposent les cellules embryonnaires. Ailleurs, l'aspect est celui du sarcome pur.

Les coupes du doigt décalcifié indiquent très nettement le point de départ de la tumeur au niveau de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs. On trouve de nombreux vaisseaux épaissis au sein du tissu conjonctif. Les tendons fléchisseurs, bien qu'entourés par le tissu sarcomateux, sont absolument indemnes sur toutes les coupes examinées. Le périoste des phalanges est normal. L'os n'est pas envahi.

Observation de Bazy

Bulletin de la Société anatomique. 1907)
Fibro-sarcome à myéloplaxes de la gaine des fléchisseurs de l'auriculaire gauche

J'ai l'honneur de présenter à la société une petite tumeur analogue à celles que Heurtaux, de Nantes, a décrites le premier en 1891 sous le nom de myélome des gaines tendineuses. Je l'ai enlevée le 26 janvier dernier à un homme de 41 ans, qui l'avait vue apparaître cinq mois auparavant et grossir peu à peu.

Lorsque j'eus l'occasion de l'examiner, je constatai une petite tumeur du volume d'une petite noix, siégeant à la face palmaire de l'auriculaire gauche, en regard du corps de la deuxième phalange.

Cette petite tumeur, dure, lisse, régulière, présentant cependant une légère trace de lobulation, n'était adhérente ni à la peau qui glissait parfaitement sur elle et en tous sens, ni aux tendons.

Les mouvements du doigt étaient d'ailleurs parfaitement normaux et seul le volume de la tumeur venait y apporter un léger obstacle. Il était donc évident cliniquement qu'il s'agissait d'une tumeur de la gaine.

L'examen histologique m'en a montré la nature. A un faible grossissement, on voit que la tumeur est essentiellement constituée par un tissu fibreux très dense, surtout par endroits, et par des cellules conjonctives du type adulte.

De place en place et le plus souvent groupées en amas au milieu d'un tissu moins riche en tissu fibreux, on aperçoit des cellules géantes multinucléées, variables comme dimension et comme forme. Aucune de ces cellules géantes n'est dégénérée. Il s'agit donc bien de véritables myéloplaxes. L'examen à un faible grossissement nous permet également de nous rendre compte que la tumeur est excessivement peu vasculaire. A un plus fort grossissement on peut se rendre compte des rapports réciproques de ces différents éléments.

Le tissu fibreux dense forme une sorte de tissu réticulé dans les mailles duquel sont emprisonnées les cellules conjonctives. Celles-ci sont polymorphes, le plus souvent d'apparence fuso-cellulaire. Leur noyau est vivement coloré, leurs limites nettes ; aucune ne présente de traces de karyokinèse.

Autour des myéloplaxes, elles sont, par rapport au tissu fibreux, plus abondantes.

Néanmoins, les myéloplaxes se trouvent au centre d'espaces plus clairs et les cellules qui les avoisinent présentent souvent des traces de dégénérescence, se traduisant par l'état vacuolaire du protoplasma. On peut noter, en outre, que les vaisseaux, très rares, sont le plus souvent du type embryonnaire, qu'ils n'ont pas en tout cas cette apparence fibreuse que Heurtaux leur assigne ; qu'il existe enfin, disséminés au milieu des éléments cellulaires, de petits amas de pigment sanguin. J'ajouterai pour terminer qu'il est possible que cette tumeur ait, comme le veut Venot, une origine osseuse, mais qu'il m'a été impossible, au cours de l'opération, de déceler le moindre pédicule rattachant la tumeur au squelette digital.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome des gaines tendineuses est une affection rare. Nous n'avons pu en réunir que quatorze cas.

II. — Il nous paraît, par ses caractères cliniques et anatomiques, devoir être nettement retranché du groupe des myélomes auquel il était rattaché jusqu'à ce jour.

III. — Le traumatisme semble tenir la plus grande place dans son étiologie, au moins comme cause occasionnelle.

IV. — La forme anatomo-pathologique la plus fréquente est la forme fuso-cellulaire. On trouve encore des sarcomes à myéloplaxes et des sarcomes alvéolaires.

V. — Le diagnostic est habituellement difficile avant l'opération, surtout avec les myélomes.

VI. — Malgré sa lente évolution, l'affection est très grave et doit être classée parmi les tumeurs les plus malignes. Les récidives paraissent fréquentes.

VII. — Le traitement est purement chirurgical. L'ablation de la tumeur s'impose.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 1er juillet 1909.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 30 juin 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Bazy. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1907. (Fibro-sarcome à myéloplaxes de la gaine des fléchisseurs de l'auriculaire gauche.)

Blum. — Chirurgie du pied, 1884.

Bonjour. — Thèse de Paris 1896-97. (Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à myéloplaxes.)

Broca. — Société de chirurgie, 2 janvier 1895. (In rapport de Tillaux sur un cas de fibro-sarcome de la gaine du long péronier à la plante du pied.)

Cornil et Ranvier. — Traité d'anatomie pathologique, 1901.

Degorce. — Bulletin de la Société anatomique, octobre 1901. (Sarcome à myéloplaxe des gaines tendineuses.)

Denucé. — Bulletin de la Société anatomique, 1885. (Sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius.)

Eichhorst. — Dissertation inaugurale de Halle, 1876.

Heurtaux. — Archives générales de médecine, 1891. (Myélomes des gaines tendineuses.)

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, 1908.

Longuet et Landel. — Archives de médecine expérimentale, 1895. (Sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux.)

Malapert et Morichau-Beauchant. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1905. (Sarcome à myéloplaxes de la gaine synoviale du fléchisseur du médius.)

Malherbe. — Congrès de chirurgie, 1896. (Myélome des gaines tendineuses.)

Markoe. — New-York medical Journal, 1884. (Sarcoma of synovial sheaths.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DES GAINES TENDINEUSES